

江南厚生病院 地域医療連携センター宛 FAX：0587-51-3343

乳がん地域連携パス：受診時情報提供書（診療情報提供書）

連携施設名： _____

診察日： 年 月 日（ ）

患者名		生年月日	S・H	年	月	日
パスの種類	乳がん					
診察状況	<p>副作用（ホルモン剤使用者のみ） <input type="checkbox"/>ほてり <input type="checkbox"/>不正出血 <input type="checkbox"/>関節痛 <input type="checkbox"/>その他（ ） <input type="checkbox"/>なし</p> <p>身体症状 <input type="checkbox"/>鎖骨上窩リンパ節腫大 <input type="checkbox"/>腋窩リンパ節腫大 <input type="checkbox"/>患肢リンパ浮腫 <input type="checkbox"/>その他（ ） <input type="checkbox"/>なし</p>					
検査の実施	<p>必須 <input type="checkbox"/>血液検査 連携医判断 <input type="checkbox"/>乳腺超音波検査 <input type="checkbox"/>マンモグラフィ <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>					
情報提供内容	<p>患者さんが来院されました。診察状況は以下の通りです。 よろしくお願ひいたします。</p> <p><input type="checkbox"/>特に変化なし <input type="checkbox"/>相談事項・情報提供</p>					